

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THESE

N°

40

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri, Jacques FARHI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Mai 1936, à PARIS (IX^e)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ADENOMES DU DEUXIEME DUODENUM

Président : Monsieur C. DEBRAY (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI^e

1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1963

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Henri, Jacques FARHI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Mai 1936 à PARIS (IX°)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ADENOMES DU DEUXIEME DUODENUM

-:-

Président : Monsieur C. DEBRAY (Professeur)

-:-

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1963



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAVIER (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J)

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR CORDIER (G)

2e ASSESSEUR CASTAIGNE

I - PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F)
	{ SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	N
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactér. et vir.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	N....
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générale	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et chi- rurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Melle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (-Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	N...
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- (Hôtel-Dieu	PATEL (J)
rurgicales (Pitié	CORDIER (C)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	CLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	F. de GAUDART d'ALLAINE

Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut)	LENEGRE (J)
(Broussais)	SOULIE (P)
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médi- (Cochin)	BROUET (G)
cales (Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
(Lariboisière)	SEZE (S.de)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque)	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)

MM.

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicale	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine

{ BOUR (H)
LHERMITTE (F)
PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES

MM.

Anatomie

{ CABROL (C)
COUINAUD (C)
GILLOT (C)
OLIVIER (G)

Anatomie pathologique

{ GAUTHIER-VILLARS
pr.s. ch.
ABELANET (R)
BUSSET (F)

	MM.
Anatomie pathologique	{ CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	{ KERN (E.) VOURC'H (G) BARBIER (P) CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Bactériologie	{ BAULIEU (Et)m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUH (J) JEROME (H)
Biochimie médicale	{ PLAS -(F)
Biologie appliquée à l'Educa- tion Physique et aux Sports	{ BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M) CIVATTE (J) DUPERRAT (B) LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G) COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)
Carcinologie	
Dermato-Syphiligraphie	
Electro-Radiologie	
Hématologie	
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Maladies infectieuses	

MM.

Médecine légale	(FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A) ALBAHARY (C) PERTUISET (B)
Médecine du travail	(GRANJON (A) HERVET (E) Le LORIER (G) LEVY (J) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) THOYER-ROZAT (J)
Obstétrique	(BREGEAT (P) DUBOIS (A) SARAUX (H)
Ophtalmologie	(JUDET (R) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Orthopédie	(DEBAIN (J) PIALOUX (P)
Oto-rhino-laryngologie	(GOLVAN (Y) LAPIERRE (J) BARCAT (J) BINET (J.P) CAUCHOIX (J) CERBONNET (G) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J) FLABEAU (F) GARBAY (M) GARNIER (H) GAUDART-d'ALLAINES (Cl.de) GERMAIN (A) LATASTE (J) LEVEQUE (B) LOYGUE (J) MERCADIER (M)
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	

	MM.
Pathologie chirurgicale..	(NATALI (J) PELLERIN (D) PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	(SCHNEIDER (J) BENHAMOU (J.P.) BERTHAUX (P) BOIVIN (P) CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J) MIKOL (Cl) RICHET (G)
Pathologie expérimentale..	(AUSSANNAIRE (M) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CATINAT (J) CHRETIEN (J) COBLENTZ (B) CONTAMIN (F) COURY (C) ETIENNE (J.P) FREZAL (J) FRITEL (D) HENNEQUET (A) HIMBERT (J) HOUSSET (E) LAROCHÉ (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) MOREAU (L) NICK (J) ROYER (P) TOURNEUR (R) WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	(LAFOURCADE (J) LEPERCQ (G) MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (VIALATTE (J) (BOISSIER (J) (LECHAT (P) (BARRES (G) (DEJOURS (P) (DURLAND (J) (GILARD m.conf. (HUGELIN (A) (SCHERRER (J) (CHATELIER (J) (GONCEROL (L)m.conf. (pr.s.ch. (GREMY (F.)m.conf. (MILHAUD (G) (PELLERIN (P) (ROUCAYROL (J.Cl) (TUBIANA (L)m.conf. (KREIS (B) (MEYER (A) (RENAULT (P) (PICHOT (P) (DENIKER (P) (DUCHE (D) (FLAVIGNY (H) (LAPRESLE (J) (DELBARRE (F) (CERNEA (P) (CHAPUT(Mme A)m.c.agr. (GRELIET (M) (CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M) (MARCHE (J) (AUVERT (J) (MOULONGUET (A) (QUENU (L)
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-ptisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie	MM. DEBEYRE (J)
----------	--------------------

	MM.
Clinique chirurgicale	(ABOULKER (P) AMELINE (A)pr.s.ch. VERNE (J.M)
Clinique médicale	(PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	(GRASSET (J) MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P) OFFERT (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROP (P)pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE (BOLTANSKI (E) SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE (LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	M le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'His- toire de la Médecine	
Conservateur	
	Mlle DUMAITRE (P)
	(Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	(Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G) QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

A mon Frère

A ma Femme

A ma Fille

A Monsieur le Professeur C. DEBRAY,

Professeur de la Chaire de Clinique
médicale d'hydrologie thérapeutique et
de climatologie à la Faculté de Médecine
de Paris

Médecin de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse

A mon Maître,

Monsieur le Docteur Guy ALBOT

Médecin des Hôpitaux

Médecin-chef du Centre de Gastro-
Entérologie de l'Hôtel Dieu

Qui m'a accordé le privilège
de participer durant deux
années à la vie de son
service hospitalier

Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse

De ses conseils et de son
aide nous le remercions
très sincèrement

A mes Maîtres dans les Hôpitaux,

Monsieur le Docteur SALLET,
Monsieur le Professeur Y. BOUVRAIN
Monsieur le Docteur RUBENS-DUVAL

Médecins des Hôpitaux

Monsieur le Docteur P. LANCE
Monsieur le Docteur J. HEPP
Monsieur le Professeur M. MERCADIER

Chirurgiens des Hôpitaux

En témoignage de profond
respect

A ma Famille

A mes Amis

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ADENOMES DU DEUXIEME DUODENUM

-:-:-:-:-

P L A N

- I - INTRODUCTION
- II - RAPPORT D'UNE OBSERVATION PERSONNELLE
- III - HISTORIQUE
- IV - ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DES
ADENOMES DU DEUXIEME DUODENUM
- V - PROBLEMES DIAGNOSTIQUES, THERAPEUTIQUES
ET PRONOSTIQUES
- VI - CONCLUSION

INTRODUCTION

-:-

Affection digestive rare, les adénomes du deuxième duodénum peuvent poser, exceptionnellement, de difficiles problèmes de diagnostic et de traitement.

A propos d'un cas récemment rencontré dans le service du Pr ALBOT, nous étudierons les adénomes du deuxième duodénum qui comprennent toutes les néoformations bénignes nées aux dépens des glandes digestives de la muqueuse duodénale, glandes de Brunner et glandes de Lieberkhun.

Après avoir exposé notre cas, nous insisterons sur :

- 1 - La symptomatologie générale et en particulier sur la fréquence des hémorragies.
- 2 - L'importance de l'examen radiologique, ses difficultés techniques et d'interprétation.
- 3 - Le fait que l'examen anatomo-pathologique permet de porter un diagnostic définitif.
- 4 - Les problèmes de diagnostic différentiel et de traitement des adénomes en général, en terminant, après avoir rappelé une observation analogue, sur les problèmes propres à notre cas.

-:-

OBSERVATION

-.-

Le jeune C... Daniel âgé de 16 ans nous est envoyé le 14 septembre 1962 pour des hémorragies digestives récidivantes ayant nécessité deux fois son hospitalisation, avec le diagnostic probable de "ulcère du deuxième duodénum" pour avis thérapeutique.

Antécédents

Personnels : maladies infectieuses de l'enfance, aucun antécédent digestif

Familiaux : RAS

Histoire de la maladie

Les premiers troubles semblent remonter à 1960.

Après deux à trois jours de malaises généraux avec asthénie, anorexie, quelques nausées, survenue de douleurs épigastriques à type de crampes d'intensité moyenne, restant bien localisées, sans irradiations, sans gêne à l'inspiration, calmées par l'ingestion d'aliments, non exagérées par les épices ... ces douleurs survenant de façon rythmique 3 heures après les repas surtout après celui du midi, et tous les jours sans un manque. Après 3 à 4 jours apparition brutale d'une hémorragie intestinale objectivée par l'émission en quantité notable de sang

noir dans les selles. Cette hémorragie s'accompagne d'un léger syndrome hémorragique avec angoisse, sueurs, soif vive ; mais sans hématémèse.

Le malade n'a pas été hospitalisé et aucune recherche radiologique n'a été pratiquée ; il a été traité uniquement par extraits hépatiques.

L'interrogatoire retrouve comme circonstance déclenchante un choc émotif peu important (réprimande de son père).

Cet accident digestif est sans suites immédiates. Dans l'ensemble il va bien, on signale cependant quelques douleurs digestives vagues, toujours à type de crampes post-prandiales tardives mais sans périodicité, parfois un vomissement alimentaire.

Son état reste stationnaire pendant deux ans mais à la suite d'un nouveau choc émotif (certificat d'études) survenue le 5.1.62, après nouvel épisode douloureux identique au précédent avec malaise général, d'un melaena abondant avec soif intense, mais sans sueurs, ni tremblements, ni vomissements ; devant sa répétition à deux jours d'intervalle son médecin traitant décide son hospitalisation à l'Hôpital de Chaumont le 10.1.1962.

A l'examen, malade pâle, fatigué, tachycardie à 120 avec souffle systolique fonctionnel, hypotension.

L'abdomen est souple avec sensation de dilatation, colique gauche, pas de douleurs provoquées, pas d'hépatomégalie ni de splé-

nomégalie. Le reste de l'examen est normal. En particulier, pas d'adénopathie ni de purpura.

Devant l'importance de la spoliation sanguine objectivée par les numérations successives :

le 6.1.62 Globules rouges...1.650.000
Globules blancs6.500 (76% PN)

le 10.1.62 Globules rouges...1.500.000
Globules blancs9.200 (78% PN)
Hémoglobine36 %
Valeur globulaire 1,2
Hématocrite21 %

une transfusion sanguine est faite :
4 litres en tout.

Le reste des examens biologiques ne montre pas de grosses anomalies en dehors des conséquences de l'hémorragie :

Urée0,38
Cholestérol2 g
Bilirubine6 mg/l
Fibrinogène3,66 g

Taux de prothrombine ..79 %
Temps de saignement3 minutes, coagulation : 6 minutes

Fer sérique150 gamma
Protides totaux...54 g
Electrophorèse : albumine53 %

Globuline : Alpha 14,2 %
Alpha 213 %
Beta19,90 %
Gamma9,70 %

Les tests de floculation Hanger, Mac Lagan sont normaux.

Pendant son hospitalisation, l'hémorragie ne se reproduit pas ; les selles redeviennent normales, petite fébricule et subictère passagers.

Après quelques jours, la numération et formule montre :

Globules rouges	3.900.000	
" blancs	5.000 (PN Neutro	68%
		Eosino 2%)
Hémoglobine	70 %	
Valeur globulaire	0,89	

En vue de l'ETIOLOGIE une première rectoscopie est pratiquée le 15.1.62 qui montre une muqueuse rouge et congestive sans aucun polype ano-rectal, mais l'accumulation des matières dans l'ampoule gêne cet examen qui est refait le 8.2.62 (Docteur SCHNEIDER) : l'intestin est relativement propre, la rectoscopie est poussée jusqu'à 20 cm et ne permet de déceler ni tumeur ni modification de la muqueuse, il existe quelques glaires teintés de sang et sur la face antérieure du recto-sigmoïde l'impression d'une muqueuse un peu rouge mais sans aucune modification de structure. On n'a pas trouvé dans cette région la cause du melaena présenté par ce malade.

Un lavement baryté est fait le 24.1.62 : aucune lésion colique ni iléale n'est mise en évidence, appendice visible d'apparence normale, pas de tumeur visible.

Le transit oesophago-gastrique fait le 26.1.62 montre :

Estomac vide à jeûn,

Transit oesophagien normal, pas d'image anormale de l'extrémité inférieure de l'oesophage en particulier pas de varices ni au niveau de la grosse tubérosité.

Les parois gastriques sont souples et régulières, le bulbe apparaît un peu chiffonné mais sans niche visible. Il n'y a pas de hernie hiatale.

A posteriori, l'interprétation des clichés ne permet pas de poser le diagnostic, il existe seulement un aspect de duodénite.

Dans le doute, on pratique une ponction sternale le 30.1.62. Le myélogramme montre une moelle très riche, hyperplasie de la série granuleuse, pas de réaction notable de série rouge mais le sujet a été transfusé en abondance ; aucun élément cytologique atypique.

Devant l'absence de tout signe clinique : bon état général, pas de douleurs, ni vomissement, transit intestinal normal.

Amélioration biologique :

Protides totaux 72 g

Vitesse de sédimentation 6 mm - 19 mm -
32 mm

Bilan électrolytique normal.

N.F.S. le 1.11.62	G.R.	3.800.000
	G.B.	3.900

le 10.2.62	G.R.....	4.200.000
	G.B.	5.300

Le malade sort le 15.2.62 sans diagnostic étiologique.

Les mois suivants aucun signe clinique.

Un contrôle biologique est fait le 15.5.62

N.F.S.	G.R.	4.700.000
	G.B.	5.600
	Plaquettes	200.000
	Hémoglobine	93 %
	V.G.	0,98

Vitesse de sédimentation normale

Amylasémie : 10 unités W

Amylasurie : 32 unités W

En juin 1962, toujours à la suite d'un choc émotif, (passage d'un examen), réapparition du syndrome douloureux à type de crampes épigastriques post-prandiales tardives, deux à trois jours de suite.

Le malade est envoyé au Dr VOILEMIN qui pratique le 21.6.62 un nouvel examen radiologique et conclut devant l'existence sur tous les clichés d'une image de niche au niveau du bord interne du deuxième duodénum (fig.1) à la possibilité d'un "Ulcère duodénal" et lui donne un traitement à base d'oxyferriscorbone sodique I.M.

Laroscobine I.V.

Gelusil

Au cours du traitement, survenue le 3.9.62, à la suite d'un choc affectif (mariage du frère) d'une nouvelle hémorragie digestive, avec lipothymies, sueurs, tachycardie, hypo-

tension, mais cette fois-ci au maelena important s'ajoute une hématomatose de petite abondance.

Le malade est à nouveau hospitalisé en clinique où une transfusion sanguine de 1 litre lui est faite. De nouvelles séries radiologiques sont pratiquées sur lesquelles on ne constate plus l'image de Niche déjà vue sur les clichés précédents ; cependant, il existe une convergence des plis vers le bord interne du deuxième duodénum où l'on avait constaté auparavant l'image d'addition.

Devant la répétition de ces hémorragies et l'image anormale du duodénum, le Docteur VOILEMIN envisage une éventuelle intervention mais l'envoie au Docteur ALBOT pour avis diagnostique et thérapeutique.

Le malade est vu pour la première fois dans le service le 22.9.62.

Il n'y a pas eu de reprise hémorragique et bien qu'un peu pâle le malade est en bon état général.

Aucun signe fonctionnel :
pas de douleur,
pas de nausées ni de vomissement
une selle normale par jour

A l'examen, l'abdomen est souple, indolore, sans hépatomégalie ni signe d'hypertension portale ; pas de circulation collatérale, pas de splénomégalie, pas d'ascite.

Le reste de l'examen est normal :
coeur régulier, pas de souffle
T.A. 18/8
R.P. normale.

Devant l'hyperémotivité du sujet et le rôle déclenchant des chocs affectifs, on demande un examen neuro-psychiatrique au Docteur MOREL MAROGER : Sujet très émotif, sensible aux petits accès de la vie quotidienne. Fixation familiale un peu excessive. Très conscient (spontanément ou secondairement) des relations unissant ses poussées et les circonstances psychologiques de déclenchement. Le rôle du mariage du frère serait à approfondir peut-être par narco-analyse ; le mariage l'a d'abord réjoui puis fortement contrarié. Il faudrait vérifier s'il n'existerait pas une fixation à la belle-soeur ou peut-être des tendances homosexuelles inavouées ou inconscientes. Des tests projectifs seraient également très utiles.

Les investigations neuro-psychiatriques n'ont pas été poussées plus avant.

Les interprétations radiologiques ont donné motif à discussions et finalement sur les deux séries des 21.6.62 et 14.9.62 (fig.2) et sur une nouvelle série pratiquée dans le Service le 25.9.62 le Docteur ALBOT conclut :

Aux trois séries, aspect oedémateux et bouleversé des plis de tout le deuxième duodénum ; de plus, déformation par compression extrinsèque de la grande courbure de l'antre. La niche n'est pas évidente et pourrait être un entre pli. Il existe au bord interne de D₂, sous la pseudo-niche, un aspect dégradé, lacunaire, avec en regard une encoche que l'on pourrait comparer au signe du Drapé au niveau de l'estomac. Au total, impression soit de duodénite, soit de tumeur bénigne du deuxième duodénum, soit à la rigueur de pancréatite localisée.

On complète les explorations par une cholestécystographie associée à une cholangiographie le 20.9.62 : la vésicule est bien injectée sans image de lithiasse, la voie biliaire principale n'est pas vue d'emblée. Après injection intra-veineuse, le cholédoque apparaît au bout de 15 minutes, grêle et long.

Après repas de Boyden : vésicule se contractant bien, hyperévacuée en 1 h 30, sans image de reflux hépatique. Au total, vésicule irritable, voie biliaire principale normale.

Enfin, un radio-cinéma est fait le 8.11.62. Dr ALBOT : L'image de niche semble fausse, surmontant un important signe du rabotage de la face interne du deuxième duodénum faisant penser soit à un pancréas accessoire, soit à un adénome.

L'indication opératoire est posée pour :
- confirmer le diagnostic et traiter une tumeur bénigne;
- traiter un éventuel pancréas accessoire ;
- en cas d'ulcère l'abstention serait préférable.

On pratique un test de Hollender, et dans l'ensemble il existe une hypersécrétion à l'insuline et à l'histamine sans différence aux deux tubages, de l'acidité libre et totale des échantillons prélevés.

Le malade entre dans le Service du Professeur PATEL le 5.11.62.

Le malade est opéré le 6.11.62.

Compte rendu opératoire Pr Agr. GARBAY

Incision médiane sus-ombilicale. Aucune

anomalie dans l'étage sous-mésocolique ,
l'estomac apparaît normal.

On trouve, au niveau de D2 :

- 1) une bride épiploïque prolongeant le ligament cystico-duodénocolique et s'étendant du grand épiploon à la face inférieure du collet de la vésicule. Il y a à ce niveau une sténose relative de D2.
- 2) Un noyau dans la tête pancréatique gros comme une noix au contact de la paroi interne du duodénum juste dans la zone de la bride.

Libération de cette bride et du péritoine duodénal. Décollement duodéno-pancréatique. Duodénotomie verticale de 3 cm en regard de la lésion.

La papille est repérée au-dessous de cette lésion vers le genu inferius. On découvre un ulcère à fond nécrotique sur la paroi interne de D2 juste sous le noyau de pancréatite qui l'explique, tandis que la paroi postérieure et externe ébauche à partir de l'ulcère, une sténose relative avec une rigidité inflammatoire de la paroi.

Il semble donc s'agir d'un ulcère de D2, les lésions périphériques peuvent être la conséquence mais peuvent aussi expliquer son apparition (bride congénitale).

Dans ces conditions, on abandonne l'idée première de gastroentérostomie et Dragstedt et après excision suture de l'ulcère pour biopsie, on referme le duodénum en faisant une plastie. Suture transversale de l'inci-

sion verticale en un plan extra-muqueux.
Lyganyl OO - points séparés plus un plan
sur le péritoine décollé au préalable.

Sonde gastro-duodénale - Fermeture par
plans sans drainage - Catgut - Liganyl -
Agrafes.

Examen histologique - Dr ALBOT - Résultat
(Fig.3 et 4)

L'étude attentive du prélèvement ne montre pas d'ulcère de type Cruveilhier. Il est possible que le prélèvement soit passé à côté d'une ulcération, mais il n'est guère possible qu'il soit passé à côté d'ulcère interrompant la muqueuse et la musculaire muqueuse. De toute façon, la muqueuse prélevée sur les berges de l'ulcération présente de nombreuses anomalies : d'une part, il existe des îlots arrondis d'hyperplasie lieberkuniennne contenant des cellules claires avec des cavités irrégulières parfois kystiques et, d'autre part, le collet de glandes et l'épithélium de revêtement superficiel présentant une structure tout à fait anormale, notamment ils décrivent des cryptes inégales, ils sont bordés tantôt par des cellules calciformes, tantôt par des éléments basophiles, enfin, on y trouve d'assez nombreuses mitoses qui, bien qu'elles ne soient pas monstrueuses, témoignent cependant d'une anomalie proliférative.

Il semble donc s'agir d'un "ADENOME LIEBERKUNIIEN" dont on ne peut pas dire qu'il présente des signes de transformation, mais qui mériterait cependant une surveillance périodique.

Les suites opératoires sont bonnes avec reprise du transit intestinal le 10.11. Une numération sanguine de contrôle montre : GR : 4.650.000 GB : 10.800 Le reste du bilan biologique est normal.

Un contrôle radiologique est fait le 17.11.62 (fig.5). L'aspect de D2 est toujours anormal avec une image en cocarde évoquant la persistance d'une tumeur bénigne pouvant être expliquée par le fait que la résection a été très économique. Par ailleurs, une bonne imprégnation gastrique, bon passage duodénal, pas de niche visible.

Le malade sort du Service de chirurgie en bon état général le 20.11.62.

Nous revoyons le malade le 21.3.63. Depuis l'intervention, aucun trouble digestif; les selles restent de coloration normale, bien que le malade ait fait au cours de chocs émotifs (fiançailles, passage de radio) quelques malaises durant 15 à 30 minutes avec à chaque fois, perte de connaissance (traité uniquement par le Librium).

De nouvelles radios faites le 16.2.63 montrent la persistance des mêmes images que dans la série précédente, mais vu les délais, on peut penser qu'en dehors de la tumeur bénigne il peut s'agir d'une déformation consécutive à l'intervention.

En juin 63, le malade est revu, toujours en bon état général, aucune nouvelle hémorragie.

La radio-cinéma montre comme sur les sé-

ries précédentes l'image dégradée, avec aspect en cocarde due à la persistance de l'adénome.

Il n'y a aucun changement ni cliniquement, ni radiologiquement en septembre 1963.

-:-

HISTORIQUE

-:-

Si la première observation de tumeur bénigne du second duodénum, un angiome erectile sus-vatérien, a été publiée en 1872 par LABOULBENE, il faut remonter jusqu'en 1935 pour que ROELSEN publie un cas d'adénome Brunnerien.

Puis en 1949, HILLEMAND, CHERIGIE, CHARRIER et BONNETTE, rapportent l'observation d'un malade présentant des troubles dyspeptiques et chez qui fut découvert, à la radiographie sous atropine-calcium, une tumeur bénigne de D2 : un adénome brunnerien.

En 1951, JOYEUX : une observation de tumeur adénomato-villeuse, à traduction clinique et radiologique sténosante.

En 1956, ALBOT et POILLEUX publient l'observation d'une forme hémorragique de polyadénome brunnerien.

En 1957, CHERIGIE, HILLEMAND, BOURDON et PROUX apportent deux nouvelles observations d'adénomes brunnerien non hémorragiques.

En 1959, G. ALBOT, F. POILLEUX, CHERIGIE, BERTHET et SAINT-OUEN, à propos des hémorragies des tumeurs bénignes de D2, rapportent

l'observation d'un adénome brunnerien dont nous reparlerons.

Enfin récemment, en 1962, BOQUIEN, KER-
NEIS, Mme LENNE, CORDIER rapportent quatre
cas d'adénomes duodénaux.

RAPPEL GENERAL
CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE
SUR LES ADENOMES DE D2

-:-

I- FREQUENCE

Les adénomes représentent environ 40 p. cent des tumeurs bénignes du second duodénum et 8 à 10 p. cent de celle de l'ensemble du duodénum. Lorsque l'on connaît la rareté de ces tumeurs, on imagine bien que la découverte d'un adénome de D2 soit exceptionnelle. Il faut déjà insister sur la difficulté de leur diagnostic qui a pu faire méconnaître certains de ceux-ci.

II - ETIOLOGIE

Si exceptionnellement on a signalé quelques cas juvéniles, c'est en général à l'âge moyen de la vie, entre 30 et 60 ans, qu'on les observe. Il ne semble pas y avoir de prédominance pour l'un ou l'autre sexe.

III - ETUDE CLINIQUE

Les signes fonctionnels par lesquels se traduit un adénome sont très variables et ne présentent aucune spécificité. Leur principal intérêt est de conduire à l'examen radiologique gastro-duodéal. Il faut signaler la fréquence de leur latence complète et, une fois sur dix environ, ce n'est qu'une découverte opératoire ou nécropsique.

Les douleurs sont le signe fonctionnel le moins rare, mais dans l'ensemble elles présentent des caractères cliniques et évolutifs variables. C'est en général après une évolution de quelques mois ou même années que le diagnostic est posé, soit parce que l'examen radiologique avait jusqu'alors été incomplet soit mal interprété.

- Tantôt les douleurs ont des caractères pseudo-ulcéreux avec des douleurs épigastriques à irradiations droites calmées par la prise d'aliments ou de poudres inertes. Elles sont rythmées dans la journée à horaire tardif : 2 à 3 heures après les repas, apparaissant de façon quotidienne par périodes de 2 à 3 semaines avec des intervalles libres plus ou moins longs. Le tout évoque la possibilité d'un ulcère d'autant que les images radiologiques peuvent être trompeuses.

- Tantôt les douleurs simulent une affection vésiculaire lorsqu'elles sont à type de colique hépatique.

- Enfin, très souvent, il s'agit de vagues douleurs abdominales banales, simples troubles dyspeptiques, ballonnements postprandiaux, digestions lentes, ou simples troubles neuro-végétatifs.

Les autres signes fonctionnels sont rares :

- des vomissements peuvent accompagner les douleurs ou être isolés, alimentaires ou bilieux.

- Il n'y a pas, en règle, de troubles du transit.

L'état général est en rapport avec l'importance des signes fonctionnels. L'amalgissement est le signe le plus fréquent, lié à la restriction alimentaire que s'imposent ces malades.

L'examen physique ne révèle habituellement rien, tout au plus une douleur provoquée dans l'hypochondre droit.

A côté de cette symptomatologie banale, il convient d'insister sur certains accidents fréquemment révélateurs et posant parfois d'angoissants problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

Les hémorragies sont la manifestation la plus fréquente. En effet, dans près de la moitié des cas elles sont révélatrices, si bien que l'on a pu individualiser une véritable forme hémorragique d'adénome duodénal.

Le plus souvent elles s'extériorisent sous forme de melaena, rarement accompagné d'hématémèse. Quoiqu'il en soit, l'hémorragie est presque toujours abondante avec des signes cliniques et biologiques de spoliation sanguine marquée. Elles sont récidivantes entraînant par leur répétition une anémie marquée. C'est la recherche étiologique de l'hémorragie qui fait pratiquer les radios digestives. C'est dire la nécessité d'explorer complètement le duodénum dès que l'on évoque une lésion gastroduodénale.

Les autres manifestations, beaucoup plus rares, sont plutôt des complications. Nous ne ferons que citer les perforations. Les formes sténosantes seraient dues plus à un spasme surajouté ou à une invagination de la muqueuse liée à la traction exercée sur le pédicule, qu'à la tumeur elle-même.

L'ictère mécanique est exceptionnel et seule l'observation de JOYEUX en 1951 fait état d'un ictère rétentionnel occasionné par un polype sus-vatérien associé à un diverticule sous-jacent. Dans la plupart des cas, les cholangiographies faites en pré ou per-opératoire n'ont jamais montré de modification de la voie biliaire principale.

La possibilité de dégénérescence, diversement appréciée, semble toutefois exister. Elle est exceptionnelle, comme en témoigne la rareté des observations, et la longue évolution des cas suivis pendant de nombreuses années sans aucun signe de transformation maligne.

Nous devons mentionner certaines associations à une lithiase vésiculaire, à une hernie diaphragmatique qui semblent fortuites ; on a enfin signalé un cas d'anémie de Biermer qui a guéri après l'ablation d'un adénome duodénal.

IV - ETUDE RADIOLOGIQUE

Si l'ensemble des manifestations cliniques et des complications ne permettent en aucun cas de poser un diagnostic positif, elles ont le mérite d'orienter les recher-

ches vers l'appareil digestif et en particulier l'étage gastro-duodéal. Evidemment, c'est par l'étude radiologique systématique du cadre duodéal en entier que la lésion sera objectivée.

- Technique. Il faut que celle-ci soit parfaite et complète. Si parfois la tumeur bénigne apparaît évidente sur les clichés standard, bien souvent elle ne se présente que sous forme d'anomalies qui demanderont à voir leur organicité confirmée par diverses manoeuvres plus ou moins complexes. Dans un stade complémentaire on pourra se préoccuper de préciser le siège de cette tumeur par rapport à l'abouchement cholédocien et de chercher la nature de cette tumeur.

Au cours de toutes ces manoeuvres on s'efforcera surtout de dégager l'anneau duodéal du corps gastrique, d'éviter une trop grande inondation barytée de D2 risquant de masquer la lésion, de modifier si besoin les contractions, enfin d'étudier les contractions autoplastiques de la musculaire muqueuse et de la muqueuse afin d'en déceler les anomalies persistantes.

On utilisera les incidences obliques en orthostatisme et en procubitus pour explorer la face postero-interne de l'anneau, le décubitus dorsal parfois renforcé par la mise du sujet en trendelenbourg pour la face postérieure ou externe.

La sonde duodénale permet d'apporter la baryte au niveau même de la région suspecte, mais l'inondation est souvent trop massive. Par contre, la compression dosée et orientée est très utile pour mettre en évidence les fins dessins de la muqueuse.

La pharmacoradiographie permettra souvent d'éliminer des images fortuites ou de confirmer les anomalies permanentes. On peut utiliser, soit le calcium-atropine intra-veineux provoquant une hypotonie du cadre et son bon remplissage ; soit provoquer une hypertonie et une hyperkinésie gastrique avec distension du duodénum par l'injection de morphine ou d'insuline.

Nous ne ferons que citer la radiomanométrie non opératoire par ponction transhépatovésiculaire de M. KAPANDJI qui a permis dans quelques cas difficiles de poser le diagnostic de tumeur bénigne, mais cette méthode est beaucoup trop complexe et peu employée. Il faut, par contre, insister sur la radiocinématographie du transit duodénal, qui devient actuellement un examen de plus en plus pratiqué. Il permet de voir la kinésie duodénale et de faire la part des images fonctionnelles, inconstantes et mobiles, et des images organiques souvent minimales mais constantes sur toute la séquence. Si l'intérêt de cette étude est évident, le prix coûteux de l'appareillage est encore un obstacle à la pratique de cet examen dans de nombreux centres radiologiques.

- Résultats

- La lacune est le signe radiologique essentiel de l'adénome. Centrale, elle se caractérise par une image claire, arrondie ou polycyclique, bordée d'un fin liseré opaque; dans la zone transparente, parfois uniforme, on trouve de fines images réticulées qui correspondent aux irrégularités de la surface de la tumeur. Marginale, moins évocatrice, mais fortement suspecte, elle se

traduit par une encoche semi-circulaire réalisant quand elle est bilobée : l'aspect dit en "3 renversé" n'est pas absolument caractéristique d'une tumeur de la papille, comme on a pu le dire. Le siège de cette lacune est soit fixe, argument en faveur d'une tumeur sessile, soit variable en cas de tumeur pédiculée.

- Bien souvent les images sont moins évocatrices, lorsque elles réalisent une simple déformation localisée des plis de la muqueuse qui prennent une disposition circulaire unique ou polycyclique, avec parfois micro-lacunes en grappe, et dont il est difficile de dire à un premier examen s'il s'agit d'oedème de la muqueuse, de tumeur bénigne, ou même de disposition anatomique. C'est dire l'intérêt devant ces signes de suspicion de compléter l'examen standard par les autres méthodes radiologiques déjà étudiées.

On pourra également rechercher des signes en faveur de la bénignité: souplesse de la paroi, indolence de la tumeur à la pression sous écran, absence de convergence des plis de la muqueuse avoisinante qui plus ou moins refoulés par la tumeur prennent une allure arciforme mais restent bien souples. Il faut signaler, la possibilité de dilatation sus-tumorale et d'effilement sous-tumoral qui accentuent les anomalies. D'autre part, l'existence d'images radiologiques trompeuses dont la plus importante réalise un aspect pseudo-ulcéreux ; et la constatation d'une niche bord interne de D2 doit être discutée de près car certaines irrégularités de la surface tumorale peuvent faire penser à une

niche, mais il n'existe pas de convergence des plis.

Enfin, il peut y avoir des signes radiologiques de complications : stase gastrique par sténose duodénale surtout s'il y a invagination.

Il faudra enfin compléter cet examen gastro-duodénal par un bilan digestif complet (lavement baryté, grêle, rectoscopie) car les tumeurs bénignes peuvent être multiples ; et par une biligraphie pour mettre en évidence d'éventuels rapports avec la voie biliaire principale.

Comme on le voit, si les examens radiologiques sont pratiqués de façon correcte et complète, on arrive à porter un diagnostic de lésion certaine du deuxième duodénum, à affirmer l'existence d'une tumeur probablement bénigne. On ne peut qu'évoquer la nature adénomateuse car, comme nous le verrons plus loin, si certaines tumeurs bénignes donnent des images radiologiques différentes, la plupart ont les mêmes caractères radiologiques que les adénomes. C'est dire la nécessité d'examiner histologiquement la pièce opératoire pour affirmer ou confirmer le diagnostic évoqué radiologiquement.

V - EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

1 - Etude macroscopique

- Siège : Dans 80 p.cent des cas il est bulbaire, et environ 20 p.cent dans la deuxième portion du duodénum, ce n'est qu'exceptionnellement qu'il siège sur D3 ;

- Nombre : Le plus souvent il est unique, mais parfois les adénomes sont multiples et peuvent siéger sur toute la hauteur du tube digestif, d'où la nécessité de le vérifier systématiquement.

- Leur volume est très variable allant de celui d'un noyau de cerise à celui d'une noix, parfois même plus important.

- Forme : Sphérique ou polylobée, elle présente à sa surface des sillons plus ou moins profonds, quelquefois au contraire elle est lisse ou exceptionnellement villose. La base d'implantation est soit sessile, soit pédiculée et c'est la longueur de ce pédicule qui conditionne la variabilité de siège de la lacune.

- Consistance : Le plus souvent mollassse, s'écrasant sous le doigt qui palpe. Cette dépressibilité est à l'origine de la variabilité des images radiologiques (d'autant qu'une compression un peu trop forte a été faite). Ceci explique la difficulté pour le chirurgien de découvrir l'adénome par le palper à travers la paroi duodénale, l'obligeant, si la radio est évocatrice, à faire une duodénotomie. Dans certains cas, cette exploration est négative.

II - Etude histologique

Il existe trois types d'adénomes selon que la prolifération porte sur les glandes de Brunner, les glandes de Lieberkühn ou les deux à la fois réalisant alors un adénome mixte.

L'adénome brunnerien est le plus fréquent. Il siège dans la sous-muqueuse et présente des tubes glandulaires groupés en pseudo-lobules adjacents séparés par des cloisons conjonctives. Ces glandes sont faites de cellules mucipares à pôle apical. Leur protoplasme est clair et le noyau rejeté à la base des cellules par les vacuoles mucigènes.

L'adénome Lieberkuhnien, parfois associé au précédent, siège uniquement dans la muqueuse. Il est formé de glandes tubulaires simples, en doigt de gant, dont le fond repose sur la musculaire-muqueuse. Elles sont constituées, par des cellules épithéliales à plateau homogène ou strié, parfois même à cils vibratils, par des cellules caliciformes et par des cellules de panéth polyédriques au fond du cul-de-sac glandulaire. Il n'existe pas, en général, de mitose anormale ni de monstruosités nucléaires.

PROBLEMES DIAGNOSTIQUES
THERAPEUTIQUES ET PRONOSTIQUES

-:-

Nous étudierons dans ce chapitre ces problèmes pour les adénomes du deuxième duodénum en général, puis pour notre cas. A ce sujet nous rappellerons l'observation d'un cas similaire.

A - PROBLEMES POSES PAR LES ADENOMES DE D2

I - Problèmes diagnostiques

a - Cliniquement

Ainsi que nous l'avons vu dans symptomatologie générale, il est impossible d'évoquer le diagnostic d'adénome et même celui de tumeur bénigne. Bien au contraire, on évoque plutôt devant des douleurs périodiques plus ou moins rythmées dans la journée, la possibilité d'une lésion gastro-duodénale et surtout un ulcère. Parfois c'est à une affection vésiculaire que l'on pense. Devant une hémorragie révélatrice, il faut évidemment éliminer les autres causes d'hémorragie intestinale : maladie générale (infectieuse, hémopathie), cause hépatobiliaire ou spléno-portale. De toute façon, qu'il s'agisse de vagues signes digestifs ou de complication révélatrice, l'attention est attirée sur l'appareil digestif, et fera pratiquer des examens radiologiques.

Que ce soit en urgence ou systématiquement, il faudra toujours envisager la possibilité d'une lésion duodénale, étudier l'ensemble du cadre duodénal (et non pas se contenter d'un examen du bulbe).

b - Diagnostic radiologique

C'est au cours de l'examen complet du cadre duodénal que l'on découvre une anomalie au niveau de D2.

Dès lors va se poser le diagnostic étiologique de cette déformation. On emploiera toutes les techniques radiologiques afin de bien dégager la région.

Comme nous l'avons vu, il peut s'agir d'image lacunaire, de pseudo-niche ou de simple déformation des plis.

On éliminera d'abord les fausses images lacunaires que peuvent donner :

- Un oedème localisé de la muqueuse
- La petite caroncule au débouché du canal accessoire de Santorini. Typiquement elle donne une image en rosette ou en rayons de roue convergeant vers un noyau central. Parfois c'est l'aspect d'une lacune ovale ou arrondie entourée d'un liseré opaque évoquant alors une tumeur duodénale.
- Un corps étranger méconnu incarcéré dans le duodénum, (alimentaire, ileus biliaire..) pouvant donner des hémorragies. L'aspect bien différent de l'ulcère du deuxième duodénum donnant une image en perle enfilée ne se discute pas en général.

Les compressions extrinsèques peuvent don-

ner une image lacunaire. Les tumeurs malignes (coliques, rénales et surtout cancer du pancréas) peuvent refouler le deuxième duodénum, mais le contexte clinique et les différents examens complémentaires arrivent à circonscrire le problème.

Les adénopathies primitives ou secondaires doivent être éliminées et il faudra rechercher une éventuelle tumeur maligne à distance (séminome) une tuberculose

Les tumeurs bénignes de voisinage peuvent également donner des images trompeuses.

En particulier le pancréas accessoire qui donne le plus souvent une encoche marginale au bord interne de D2, parfois une image en cocarde évoquant un schwannome. Mais la cavité centrale est due à l'implantation du canal excréteur du lobule glandulaire. Il est sessile et par conséquent de siège fixe.

Les brides essentielles, d'origine congénitale discutée, ou les brides inflammatoires de périoduodénites, qu'elles soient systématisées ou non peuvent donner des images lacunaires.

Il faut encore distinguer la lacune maligne : irrégulière, déchiquetée, latérale ou circulaire réduisant le duodénum à un défilé tortueux, parfois presque filiforme. Elle siège surtout dans la région sus-vatérienne (et au niveau du bord interne on pensera à un ampullome vatérien).

Si cette lacune évoque une tumeur maligne, on ne saurait affirmer sur le seul aspect

radiologique la bénignité ou la malignité d'une tumeur, d'autant que l'exceptionnel sarcome peut simuler tout à fait une tumeur bénigne.

Il est, pour ainsi dire impossible d'affirmer l'origine adénomateuse d'une tumeur bénigne.

Le schwanome donne en général une image en cocarde (image claire lacunaire centrée par une tache opaque correspondant à une ulcération centro-tumorale) diagnostic d'autant plus facile que l'on constate des signes d'une maladie de Recklinghausen. Toutes les autres tumeurs bénignes donnent en général le même aspect radiologique que les adénomes. Seule la constatation de signes évocateurs tels que les angiomes cutanés peuvent faire évoquer un diagnostic étiologique (tumeur vasculaire). C'est l'argument de fréquence qui fait poser le diagnostic d'adénome.

On conçoit enfin que le dernier mot revienne à l'étude histologique de la pièce opératoire qui élimine d'une part, la malignité, d'autre part les autres tumeurs bénignes telles que polype muqueux, kyste, myome, et précise le type d'adénome : brunn rien, lieberkuhnien ou mixte.

II - Problèmes thérapeutiques et pronostiques

Le traitement des adénomes est avant tout chirurgical. Seules peuvent se discuter dans les indications opératoires, la temporisation sous surveillance, et en cours d'intervention, la tactique opératoire.

a - Indications opératoires

- L'indication est formelle lorsque l'hémorragie digestive ne peut être arrêtée même temporairement par le traitement médical, ou qu'une autre complication (sténose duodénale, ictère par compression ...) apparaît, ou encore que le volume même de la tumeur fasse craindre dans un avenir proche de graves complications.

- Mais le plus souvent, la tumeur duodénale est découverte à l'occasion de signes digestifs vagues, ou au décours d'une hémorragie peu abondante. Dans ce cas, on pourrait être tenté, devant cette petite lésion radiologique n'entraînant que peu de troubles, de rester dans l'expectative, et de se contenter d'une surveillance rigoureuse.

Cependant, plusieurs arguments militent en faveur de l'indication chirurgicale précoce :

- Une incertitude relative persiste toujours quant au diagnostic de bénignité, de plus c'est au niveau du deuxième duodénum que siège le plus souvent le cancer duodénal (bien que cette lésion soit extrêmement rare).

- La possibilité d'hémorragies digestives pouvant survenir à plus ou moins brève échéance au cours de l'évolution, graves par leur abondance ou par leur répétition. C'est plus rarement la crainte de sténose ou d'invagination.

- Enfin la possibilité de dégénérescence secondaire de certaines tumeurs qui avaient

paru bénignes par leur longue évolution.

- Toutes ces raisons font que pour la majorité des chirurgiens, la constatation et le diagnostic de tumeur bénigne du deuxième duodénum doivent comporter une sanction chirurgicale.

b - Problèmes pré et per-opératoires

- Sauf les cas exceptionnels où une urgence chirurgicale force la main, il est important de pratiquer l'intervention dans de bonnes conditions. C'est-à-dire loin de toute complication en particulier hémorragiques, malade en bon état général : sujet bien reposé, bien préparé, bien rééquilibré.

En effet, le chirurgien doit toujours envisager la possibilité d'une intervention longue et difficile, car l'importance de l'exérèse ne peut être fixée que pendant l'opération. Dans la mesure du possible, on s'efforcera de préciser, afin de faciliter la tactique opératoire, la position de la tumeur par rapport à la papille.

- Au cours de l'intervention, plusieurs difficultés peuvent surgir :

1 - La découverte de l'adénome n'est pas toujours aisée. Dans beaucoup de cas, son petit volume et sa consistance molle ne permettent pas de le percevoir par la palpation transpariétale du duodénum, même après avoir fait un décollement duodéno-pancréatique et abaissé l'angle colique droit. La duodénotomie pratiquée en plein deuxième duodénum ne permet pas toujours de le découvrir car la muqueuse duodénale

peut être d'aspect tout à fait normal ou, au contraire, chaque pli muqueux pris pour une tumeur qui n'existe pas.

C'est dire le soin avec lequel on explorera par la vue et la palpation la zone répondant à l'image radiologique. On s'aidera du repérage primitif de l'abouchement du cholédoque et des canaux pancréatiques.

Malgré cela, il arrive que l'on ne découvre la tumeur que lors de la deuxième intervention.

2 - La tumeur une fois localisée, il faut apprécier avec soin :

- Son volume
- Ses rapports avec les canaux pancréatiques et le cholédoque. C'est là qu'une cholangiographie per-opératoire sera précieuse.

3 - Il est enfin important de préciser la nature de la tumeur, et au premier chef, d'éliminer la malignité. Certes l'absence d'ictère, la limitation de la lésion en hauteur, la conservation des plis muqueux du voisinage sont de bons signes de bénignité. Pourtant ils ne sauraient éliminer une transformation histologique. Ce diagnostic capital est délicat et ne sera fait que par l'examen anatomo-pathologique extemporané de la tumeur, le pédicule et la base d'implantation.

4 - Reste à préciser le type d'intervention : on peut pratiquer soit :

- l'excision simple
- l'excision avec résection de la collette muqueuse de la base
- la gastro-duodénectomie sus-vatérienne.

Des problèmes techniques peuvent apparaître dans les cas de tumeur juxta-papillaire, si on se trouve dans la nécessité de réimplanter le cholédoque et le wirsung ou de pratiquer une papillectomie réglée.

Dans la majorité des cas, on se bornera à l'exérèse locale : limitée, en cas de tumeur pédiculée ; à l'ablation de celle-ci et de sa base d'implantation, et, en cas de tumeur sous muqueuse : à son excision avec une petite collerette muqueuse. Les plus larges interventions ne seront pratiquées que si la dégénérescence maligne est probable (fait très rare) ou si l'examen histologique minutieux post-opératoire prouve la malignité, obligeant alors à réintervenir.

c - Pronostic

Les suites opératoires sont bonnes, et la dégénérescence maligne de la cicatrice duodénale, ne paraît pas à craindre.

Les signes cliniques disparaissent, mais il faut surveiller régulièrement ces malades, car la réapparition de troubles digestifs doit faire pratiquer de nouvelles radios afin de dépister une éventuelle récursive (rare) ou, une autre affection digestive.

Avant d'aborder le problème posé par notre malade, il convient de rappeler l'observation publiée en 1959 par Mr le Pr ALBOT.

M. PELT..., 44 ans, est hospitalisé d'urgence le 29 décembre 1955 pour hématoméso importante survenue le 24 décembre et suivie pendant 4 jours de melaena. A son entrée dans le Service, malade pâle, apyrétique, pouls rapide, tension artérielle 11-7. L'examen clinique, abdominal en particulier est normal. Anémie importante (G.R. 1.710.000; G.B. 9.200).

Ce malade a contracté en 1932 une dysenterie amibienne suivie jusqu'à ce jour de troubles colitiques habituels. Depuis 1941, gastralgies à type de brûlures post-prandiales, d'horaire assez fixe (2 h), d'abord périodiques, puis devenues rapidement permanentes. De multiples examens radiographiques gastro-duodénaux ont été pratiqués sans résultat.

Des radiographies gastro-duodénales standard, puis sous-pharmacodynamie insulinique (18 janvier 1956) sont pratiquées ainsi qu'une gastroscopie : ces examens successifs ne révèlent qu'une image constante de pincement au niveau du tiers moyen du deuxième duodénum avec, au-dessus, une vague zone lacunaire.

D'autres examens paracliniques sont alors entrepris : lavement baryté révélant la colite spasmodique en cholécystographie, éva-

cuation vésiculaire insuffisante ; instantané hépatique normal ; enfin, bilan pancréatique normal (amylasurie, amylasémie, calcémie, iodémie). Au terme de ces différents examens, le diagnostic d'ulcère gastro-duodénal primitivement soulevé est éliminé ; deux hypothèses sont retenues : soit pancréatite malgré la biologie normale, soit une lésion du second duodénum (ampullaire ou duodénale).

Le malade qui ne présente aucun signe fonctionnel particulier, dont l'examen clinique reste normal a parfaitement réparé son hémogramme et sort du Service.

Deux mois plus tard, le 29 mai 1956, une radiographie gastro-duodénale standard est pratiquée. Elle confirme le spasme permanent du second duodénum, trois ou quatre minuscules images claires juxtaposées formant une sorte de lacune polycyclique.

Ces images suspectes sont jugées trop inconstantes et imprécises pour permettre de conclure. Pendant un an, de juillet 1956 à juillet 1957, les troubles dyspeptiques s'améliorent et aucun accident hémorragique n'est relevé. Le 6 juillet 1957, un melaena étant survenu, le Dr KAPANDJI pratique une radiomanométrie biliaire préopératoire par ponction transhépatovésiculaire dans le but de déterminer l'origine duodénale ou ampullaire des images antérieurement constatées. Elle montre des voies biliaires hypertendues (pression intracavitaire initiale : 17 cm) et des spasmes permanents du second duodénum avec stockage et reflux duodéno-cholédocien. Tous les clichés, surtout ceux pris en pres-

sion résiduelle montrent sur le versant externe du second duodénum, exactement au même niveau que sur les transits barytés précédents, au-dessus et en face de l'abouchement cholédocien, une image lacunaire invariable évoquant de gros plis.

Une radiographie avec atonie duodénale provoquée (à la sonde) sous antrényl, le 29 juillet 1957, n'apporte pas d'éléments supplémentaires : il existe une image anormale du bord externe de D2, lacunaire.

Le diagnostic de spasmes duodéno-biliaires déclenchés par une anomalie du second duodénum (tumeur bénigne vraisemblablement) est retenu. Etant donné l'état satisfaisant du malade, un traitement analogue au précédent est reconduit sous surveillance régulière. Mais, le 25 février 1958, deuxième hospitalisation d'urgence pour hématoméso et melaena. Numération : G.R. 3.670.000 G.B. 8.400 avec formule normale.

Première intervention le 20 mars 1958
(Pr. Ag. POILLEUX):

Libération d'adhérences duodéno-vésiculaires, ouverture de l'estomac sur la face antérieure de la région antro-pylorique, exploration manuelle du premier duodénum qui est normal.

Duodénotomie sur DI, la papille est facilement perçue : elle est normale ; au-dessus, il existe une petite saillie correspondant à l'abouchement du santorini. La totalité de l'estomac est explorée.

N'ayant rien trouvé au niveau de la muqueuse, on ferme la gastrotomie en deux

plans, la duodénotomie transversalement en deux plans à points séparés.

Exploration colique par dévidement : aucune lésion.

Au décours de cette intervention : persistance des mêmes troubles mal caractérisés : brûlures gastriques sans horaire fixe, ballonnements abdominaux post-prandiaux. On envisageait de pratiquer de nouveaux examens lorsque, le 23 mai 1958, le malade est hospitalisé pour la troisième fois, pour une minime hématomérose. L'examen clinique est normal ; l'hémogramme subnormal. Des radiographies gastro-duodénales pratiquées le 30 mai 1958 révèlent avec plus de netteté que jamais une image lacunaire bien limitée, circulaire au niveau du tiers supérieur du deuxième duodénum. Dans le but de trancher le problème, on pratique une radiocinématographie gastro-duodénale (Dr CHERIGIE). Elle montre, toujours au même endroit, au tiers supérieur de D2, une image lacunaire, claire, arrondie, constante, de forme variable sur laquelle se moule le repas baryté.

La netteté de ces images qui viennent confirmer les examens antérieurs permet d'affirmer la tumeur bénigne duodénale. Malgré la négativité de première intervention, on décide de réintervenir.

Deuxième intervention le 4 juillet 1958
(Pr. Ag. POILLEUX).

Médiane itérative, libération d'adhérences épiploïques, hépatiques, vésiculaires, gastro-duodénales. Le second duodénum est bien dégagé et l'on retrouve la zone de suture. Il existe au-dessus de celle-ci, à la

face externe du duodénum une tumeur discoïde, sous-muqueuse, ovalaire, de la taille de un franc. Duodénotomie longitudinale au-dessus de l'ancienne suture. Excision de la lésion en trois fragments, suture duodénale en deux plans.

Histologie (Pr. ALBOT) - La structure de ces nodules rappelle la structure du bulbe normal avec une muqueuse infiltrée de mononucléaires et une hyperplasie des glandes de Brunner dont les lobules arrivent profondément au contact de la musculuse. Dans le tissu conjonctif sous-muqueux se trouvent de nombreux capillaires turgescents.

En somme : Hyperplasie adénomateuse bénigne des glandes de Brunner.

Les suites opératoires sont normales : Le malade régulièrement surveillé, ne présente plus pendant trois années environ, de signes fonctionnels : douleurs ..., ni d'hémorragie. Les radiographies de contrôle ne montrent plus d'image de tumeur. En mai 1963 : réapparition de douleurs épigastriques identiques à celle que le malade avait ressenties avant l'intervention. Des clichés de contrôle montrent au niveau du tiers supérieur du deuxième duodénum un aspect lacunaire évoquant une récurrence qui est confirmée par la radiocinématographie.

On envisage une nouvelle intervention, en essayant si possible de faire une duodénectomie sans pancréatectomie afin d'éviter de nouvelles récurrences. Le malade ayant eu un accident de voie publique, l'intervention a du être poussée à une date ultérieure.

PROBLEMES POSES PAR NOTRE MALADE

I - Cliniquement :

Le jeune âge du sujet, la notion d'un syndrome douloureux périodique, les hémorragies digestives récidivantes, le rôle déclenchant des facteurs émotifs, font évoquer un ulcère gastro-duodénal.

II - Radiologiquement :

L'estomac et le bulbe sont normaux, mais il existe une image de niche au bord interne de D2. Elle ne saurait être prise pour un ulcère car il n'y a pas de réaction sus ou sous-jacente. Il s'agit plutôt d'une fausse image de niche surplombant la tumeur et accentuée par la compression de la bride. La zone pathologique siège en dessous : la lacune vue sur le transit gastro-duodénal est confirmée par le radiocinéma ; cette image évoque d'emblée une tumeur bénigne et on ne peut trancher entre un adénome et un pancréas accessoire.

Chirurgicalement : si l'indication ne se discute pas, il est difficile de fixer le choix de l'intervention, et devant le jeune âge du malade, on est tenté de faire le minimum.

Le chirurgien n'ayant pas trouvé de tumeur, s'est contenté de faire une résection-biopsique.

C'est sur le prélèvement que l'histologie a permis de faire le diagnostic.

Actuellement, si le malade va bien, l'adé-

nome est toujours là, ainsi que le montrent les différentes radios et le radiocinéma. Il semble que l'attitude logique à adopter actuellement est de surveiller régulièrement le malade afin qu'en cas de nouvelles complications, l'on puisse intervenir une deuxième fois et pratiquer une exérèse plus large.

En effet, si nous nous référons au cas de Mr. PELT..., nous voyons que notre malade a une histoire identique, et il est probable qu'à plus ou moins brève échéance, de nouvelles complications réapparaîtront.

En cas de réintervention, le problème de la tactique opératoire reste entier. On serait tenté, devant la crainte d'une récurrence, de pratiquer une large exérèse, en l'occurrence de faire une duodénectomie sans pancréatectomie. L'âge du sujet, les suites assez souvent difficiles, nous ferons peut-être pencher vers l'excision de la tumeur (si on la trouve !) avec résection de la collerette muqueuse de la base.

CONCLUSIONS

-:-

1 - Cliniquement

Il n'existe aucun signe spécifique des adénomes du deuxième duodénum. Le seul intérêt de la symptomatologie est d'orienter les recherches sur l'appareil digestif donc, de pratiquer des examens radiologiques.

2 - Grâce aux nouvelles techniques radiologiques, on arrive le plus souvent à affirmer l'existence d'une tumeur du deuxième duodénum. Mais on ne peut en aucun cas éliminer formellement la malignité et le diagnostic d'adénome ne peut être que soupçonné. Cependant, les examens permettent dans la plupart des cas de poser l'indication opératoire.

3 - C'est l'étude histologique de la pièce opératoire qui confirme le diagnostic et précise le type d'adénome : brunnérien, lieberkhunien ou mixte.

4 - Au point de vue thérapeutique : les deux cas que nous avons rapportés posent des problèmes de tactique opératoire à envisager lors d'une première intervention :

- le traitement des adénomes du deuxième duodénum ne peut être que chirurgical, et

envisagé plus ou moins à brève échéance.

- L'indication posée, on conçoit que devant la bénignité de la lésion, l'importance du carrefour bilio-digestif que représente le deuxième duodénum, la difficulté et la gravité des larges interventions sur cette région, le chirurgien soit enclin à la prudence, et qu'aux larges exérèses nécessitant diverses anastomoses toutes délicates, il se contente d'une résection limitée de la tumeur.

- Si nous nous référons à nos deux observations, nous voyons que les adénomes sont des tumeurs difficilement repérables, mal limitées, où chaque épaississement des plis peut être une expansion. C'est dire que dans les exérèses simples, le chirurgien a toutes les chances de ne pas enlever la tumeur en entier et s'expose à des récidives. La réapparition de complications peut obliger à faire pratiquer de nouvelles interventions, chacune plus difficile que la précédente, du fait des adhérences et de la nécessité de faire de larges exérèses.

Aussi nous nous demandons dans quelle mesure, devant une tumeur bénigne ayant entraîné des complications graves et risquant de récidiver (voire de dégénérer) si la résection est trop économique, l'on ne pourrait pas poser d'emblée l'indication d'une large exérèse c'est-à-dire une duodénectomie sans pancréatectomie malgré tous les risques de cette opération.

Vu :
Le Président :
Signé : C. DEBRAY

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris:
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- I - ALBOT G. et POILLEUX P.
Polyadénome duodénal et brunnerien
de la seconde portion du duodénum.
Act. hépato-gastro-entérol. de l'Hôtel-
Dieu 1956; p.33-36.
- 2 - ALBOT G., POILLEUX F., CHERIGIE Ed.,
BERTHET G. et SAINT-OUËN C.
Hémorragies par tumeurs bénignes de
D2, tumeurs de la papille exceptées.
Journées franç. gastro-entéro. Paris,
26-10-59, in arch. Mal. App. Dig.
juil.-août 59, supp. n°7-8, 170-3.
- 3 - ANTOINE P. et GROSDIDIER J.P.
Pseudo-tumeurs et tumeurs duodénales.
J. Radiol. Electro. mars-avril 56,
39, n°3, 170-173.
- 4 - BALFOUR et HENDERSON
Benign tumors of the duodenum.
Ann. Surgery, LXXXIX, janv. 1959,
p.30-35.
- 5 - BEATRICE E. et CUZZUPOLI R.
Tumeurs bénignes du duodénum.
Minerva gastro-entérol. juil.-sept.
1960, 6, n°3, 117-121.

- 6 - BARROUX R. et DOUTRE L.P.
Un cas d'adénome duodénal à forme
anémiante.
Bordeaux chir. 1947, n°3, 144.
- 7 - BAUSS A.
Quelques cas de tumeurs bénignes du
duodénum.
Chirurg. sept. 1950, 21, n°9, 558-559.
- 8 - BOQUIEN Y., KERNEIS J.P., LENNE Y.
et CORDIER
Les adénomes duodénaux.
Gaz. Méd. France, 5.2.61, 68, n°22,
p.2633-2646.
- 9 - BRIGGS J.F. et ROBERTS J.F.
L'hémorragie gastro-intestinale due
à des tumeurs bénignes du duodénum.
Arch. Surg., janv. 1953, 66, n°1,
p.10-19.
- 10 - BUCHANA E.B.
Un cas d'hyperplasie nodulaire des
glandes de brunner du duodénum.
Am. J. Surg. fév. 1961, 101, n°2,
p.253-257.
- 11 - CAJELLI G.
Un cas d'adénome brunnerien du duo-
dénum.
Minerva chirg., 30.11.1956, 11, n°22,
1136-1141.
- 12 - CHAIDZE R.A. et ANDREEVA V.F.
Polype de la partie verticale du
duodénum.
Khirurgia (Moscou), 1962, n°3,
p.113-115.

- 13 - CHERIGIE E., TAVERNIER C., VERSPYCK R.
et RAYNAL
Tumeurs bénignes du cadre duodénal,
difficultés du diagnostic.
J. Radiol. Electro. 1954, 35, n°9-10,
p.788-789.
- 14 - CHERIGIE E., et TAVERNIER C.
Les tumeurs du duodénum. (Bulbe ex-
cepté).
Sem. Hôp. Paris 26.4.1954, 30, n°27,
p. 1714-1718.
- 15 - DAVIDOVITCH P. et MIGNON J.P.
Contribution à l'étude radiologique
des tumeurs bénignes du duodénum.
Arch. Mal. App. Digest., juil.-août
1960, 49, n°7-8, p.1037-1043.
- 16 - DEUCHER F.
Tumeurs duodénales. . .
Langenbecks Arch. lin. chir. avr.57,
285, n°2, p.134-159.
- 17 - DEUTSCHBERGER O., TCHERTKOFF V.,
DAINO J. et VIEIRA E.F.
Polype duodénal bénin: Revue de la
littérature et rapport d'un polype
adénomateux géant du bulbe duodénal.
Am. J. Gastro-entérol., juil. 1962,
38, n°1, p.75-84.
- 18 - DOED G.D., FISHER J.C. et PARK O.E.
Hyperplasie des glandes de Brunner,
relation de 2 cas et revue de la
littérature.
Radiology, juin 1953, 60, n°6,
p.814-821.

- 19 - DUBOURG G. et DUBERRY J.
Sur un cas d'adénome brunnerien du
bulbe avec accidents d'invagination
et hémorragies.
Arch. Mal. App. Dig., mai 1952, 41,
n°5, 540-544.
- 20 - EKLOF O.
Tumeurs bénignes de l'estomac et du
duodénum.
Acta radiol., mai 1962, 57, n°3,
p.177-198.
- 21 - EKLOF O.
Tumeurs bénignes de l'estomac et du
duodénum. Etude clinique et radiolo-
gique avec remarque spéciale sur les
polypes adénomateux et leur rapport
avec la malignité.
Acta chir. scand. 1962, suppl.291,
7-57.
- 22 - EKLOF O., ERIKSSON E. et SAHLIN O.
Les tumeurs épithéliales bénignes
de l'estomac et du duodénum.
Acta Chir. Scand. 1960, suppl.255,
5-32.
- 23 - EKLUND A.E., EKLOF O., HAVERLING M.
et OHLSSON S.
Tumeurs non épithéliales bénignes
gastro-duodénales.
Acta chir.scand. juin-juil.1961,
121, n°5-6, 439-447.
- 24 - FELDMAN S.
Les tumeurs des glandes de Brunner
du duodénum.
Am. J. Gastroenterol. juin 1958, 29,
n°6, p.651 - 656.

- 25 - FILHO C.F. et FRAGA C.F.
Hypertrophie des glandes de Brunner.
O Hospital, déc.1960, 58, n°6,
p.1013-1019.
- 26 - FREEDMAN E. et SAVA M.
Les tumeurs bénignes et malignes du
duodénum.
Radiology, oct.1955, 65, n°4, p.557-568.
- 27 - GREENWALD, PARKER J.G., SCHÜLTZ S.
et REED G.E.
Adénome papillaire bénin de l'ampoule
duodénale avec invagination.
Gastroenterology, sept. 1962, 43, n°3,
p.344-350.
- 28 - GUTMANN R.A. et DAOUD J.
Les différentes maladies du duodénum
5. Les tumeurs bénignes.
Monographie méd. et Sc., mars-avril
1952, n°20, p.69-71.
- 29 - HILLEMAND P., CHAUCER J. et CHERIGIE
Un cas d'adénome brunnerien du 2e
duodénum.
Lille chir., juil.-août 1949, 4,
n°22 - p.65.
- 30 - HILLEMAND P., CHARRIER J. et al.
Adénome brunnerien de la 2e portion
du duodénum.
Arch. mal. app. dig. nov.déc. 1949, 38,
n°11-12, p.1151-1154.
- 31 - IOFFE L.S.
Polype du duodénum.
Khirougia (Moscou), 1962, n°2,
p.119-120.

- 32 - IZAAK A.P.
Le diagnostic des polypes adénomateux
du duodénum.
Klinitchescaia med. (Moscou), 1962,
n°6, p.118-120.
- 33 - JOYEUX R.
Les tumeurs bénignes intrinsèques
(non vatriennes) du duodénum.
Montpellier, méd., janv-fév. 1951,
94, n°1, p.21-45.
- 34 - KNOERSCHILD H.E. et KELLEY H.G.
Tumeurs bénignes du duodénum.
J.A.M.A., 7.7.1962, 181, n°1, p.49-51.
- 35 - LOHMANN D. et GLASER A.
Tumeurs bénignes du duodénum.
Méd. Klin. 5.1.1962, 57, n°1; p.8-12.
- 36 - Mc QUITTY J.T. et LEVY M.
Polypes bénins du duodénum.
Am. J. Gastroenterol. juil. 1959,
32, n°1, p.59-65.
- 37 - MOERSCH R.N., WOOLNER L.B. et CLAGETT O.Th.
Adénome vilieux du duodénum.
Surgery, mai 1962, 51, n°5, p.574-577.
- 38 - OBERHELMAN H.A. jr., NELSEN Th.S.,
JOHNSON A.N. jr. et DRAGSTEDT L.R.
Tumeurs ulcérogéniques du duodénum.
Ann. Surg. fév. 1961, 153, n°2,
p. 214-227.
- 39 - PERRET Y.
Les hémorragies dans les tumeurs
bénignes du duodénum.
Thèse Paris, 1951.

- 40 - QUIRNO N., BAZTERRICA E. et coll.
Tumeurs bénignes du duodénum.
Prensa, med. argent. 16 avr. 1954,
41, n°10, p.1078-1081.
- 41 - ROBERT H.
Les tumeurs du duodénum.
Diagnostic et traitement.
1947-48, 6, n°5, p.249-251.
- 42 - SAINT-OUEN C.
Contribution à l'étude des tumeurs
bénignes du second duodénum.
Thèse Paris 1959, n°584.
- 43 - SAROCCHI M.
A propos d'un cas de tumeur argentaf-
fine du duodénum.
Thèse Marseille, 1958, n°81.
- 44 - SAUVALLE J. (Mme)
Les tumeurs bénignes du duodénum.
Thèse Paris, 4 mars 1949, n°189.
- 45 - SHEINFELD W.I. et SCHWARTZ S.
Tumeurs bénignes du duodénum.
Am. J. Gastroenterol. avr. 1956, 25,
n°4, p.355-362.
- 46 - STEPHENS G.L. et HABRECHT Ph.J.
Adénome hémorragique d'une glande
de Brunner du duodénum simulant un
ulcère duodénal.
Ann. Surg. nov. 1950, 148, n°5,
p.845-850.
- 47 - SWYNGHEDAUW et SALEMBIER
Tumeurs bénignes du duodénum.
Arch. Mal. App. Dig. nov-déc. 1947,
36, n°11-12, p.625-626.

- 48 - TOBIK S.
Adénome du duodénum. Un cas.
Polski tygod., 1962, 17, n°21,
p.839-840.
- 49 - Van DER REIS M.L., Van DER REIS L. et
VICAS B.
Hyperplasie des glandes de Brunner.
California med. fév. 1959, n°2, p.162-
164.
- 50 - WILENSKI A.O.
Les tumeurs des glandes de Brunner.
Am. J. Dig. juin 1948, 15, n°6,
p.206-209.
- 51 - ZUSCHNEID K.
Problèmes de diagnostic et de traite-
ment des tumeurs bénignes du duodé-
num.
Langenbecks Arch. Klin. Chir. 1957,
87, p.456-461.
- X - Notes de technique radiologique. Un
cas d'adénome papillaire du 2e duodé-
num.
J. Mount Sinai Hosp., janv.fév. 1961,
28, n°1, p.89-91.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

